

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

T
41
P478
1991.
8.2

PERCEPCION DE LOS FACTORES DE RIESGO
EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL
POR LOS TRABAJADORES DE LA SALUD.
HOSPITAL FERNANDO VELEZ PAIZ. ABRIL 1991.

Trabajo Monográfico para optar al Título de
Maestría en Salud Pública

Autores:

Dr. Salvador Peterson Moreno
Lic. Angeles Bustillo Cáceres
Lic. José Sequeirà Hernández

Tutor:

Dr. Julio Piura López *

Julio, 1991.

* Ms. en Salud Pública.
Profesor del CIES.

I N D I C E

	Pág.
Presentación	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Introducción	1
Antecedentes Y Justificación	3
Planteamiento del problema	5
Objetivos	6
Marco de Referencia	7
Diseño Metodológico	27
Resultados y Análisis	36
Conclusiones	45
Recomendaciones	47
Bibliografía	48
Anexos	50

PRESENTACION

El presente estudio constituye un esfuerzo importante como una primera aproximación en el abordaje de la percepción de los trabajadores de la salud en relación a los factores de riesgo en el proceso de atención de la madre y el niño a nivel de los servicios de salud del segundo nivel de atención, tomándose para la realización del estudio el Hospital Fernando Vélez Páiz de la Ciudad de Managua, por su importancia como Centro de referencia nacional en la atención a este grupo.

Aporta una experiencia importante en el manejo de información cualitativa que refleja la percepción que los propios trabajadores expresan en cuanto a sus condiciones técnico-administrativas y sociolaboral así como el nivel de conocimiento en cuanto a los principales factores de riesgo que pueden afectar la salud de la madre y del niño, y el nivel de percepción de la presencia de riesgos en el proceso de atención en que se ubica su actividad laboral.

Aún cuando el estudio no se propone el establecimiento de relación causal entre factores percibidos por los trabajadores como riesgos en el proceso de atención con las características de morbi-mortalidad, permite identificar aspectos que son menos percibidos por los trabajadores como riesgos a la salud de la madre y el niño y que al no estar sensibilizado de ellos la rutina del trabajo limita la toma de medidas oportunas en función de que estos riesgos no se expresen en daños a la salud.

Los resultados del estudio permite identificar necesidades de capacitación que promuevan procesos de Educación Permanente orientados a elevar el nivel de percepción e identificación de estos riesgos que contribuyan a elevar la calidad de la atención que se brinda.

Dr. Julio Piura López.
Tutor.

AGRADECIMIENTO:

Al Ministerio de Salud y a las diferentes Unidades en las cuales laboramos, por habernos permitido realizar la Maestría en Salud Pública que beneficiará a la Población Nicaragüense.

A todas las Personas y Amigos que de una u otra forma nos apoyaron para que fuera posible la finalización de esta Maestría.

En especial al Dr. Julio Piura por habernos dado su apoyo en la tutoría de esta Monografía.

DEDICATORIA:

A MI MADRE. Laura Moreno Rivera.
A MIS HERMANOS. Germán, Gustavo, Petrona y Hugo.
A MI ABUELITA. Agustina Rivera.
A MI SOBRINA. Doris.
Y a Mayra con cariño.

Dr. Salvador Peterson Moreno

A MI MADRE. Plácida Cáceres de Bustillo
A MIS HIJAS. Marihelio Cristina, Isis Mariangel,
Isis Maricely.
A MIS HERMANOS. Leonel, Cristina, Julio, Marina,
Cristóbal y Concepción.

Lic. Angeles Bustillo Cáceres

A MI ESPOSA. Jenny Narváez Moreno.
A MIS HERMANOS.
A MIS HIJOS.

Extensivo al futuro por nacer.

Lic. José Sequeira Hernández.

1. INTRODUCCION

La Principal Meta Social para los Países Miembros de la OMS. incluyendo la Región Centroamericana y el Caribe, es alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que permita llevar una vida social, y económicamente productiva, por lo que reconoce la existencia de desigualdad y aspiraciones de los diferentes grupos humanos que integran la sociedad.

Para ello en el año 1977 recomendaron la formulación de un Plan que se llevó a cabo con la activa participación de los Países Miembros del Mundo incluyendo a Nicaragua. Acordándose que la Atención Primaria en Salud era la estrategia que posibilita la satisfacción de las necesidades básicas de toda la población con un máximo de Eficiencia Social.

Estas conclusiones representaron el aporte de la Región de las Américas a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978 en Alma Ata Unión Soviética.

En dicho Plan se contempla el Desarrollo de la Infraestructura, la disponibilidad y uso adecuado de los Recursos Humanos y su retención por el Sector, así como la formación de Personal Profesional, Técnico y Auxiliar incluyendo los Agentes de la Comunidad lo que mejorarían sustancialmente la Atención Primaria y por ende la Atención Secundaria que es sinónimo de Atención Hospitalaria.

Refiriéndose al Binomio Madre/Hijo en un Enfoque Integral se debe considerar los factores que inciden positiva o negativamente en el desarrollo de la vida.

El Medio Ambiente Nacional con sus deficiencias en los servicios de agua potable que según metas del Decenio Internacional de Agua Potable y Saneamiento Ambiental, no fueron alcanzadas siendo los resultados la baja capacidad de los servicios de vital líquido, donde solamente nueve servicios en el país cuenta con unidades de tratamiento, sumado a éstos, otros problemas de Contaminación Ambiental, como el uso irracional de plaguicidas específicamente en la Región II en donde el Binomio Madre/Hijo, sufre con mayor impacto las consecuencias del envenenamiento.

Otros Factores Macrosociales como la Crisis Económica, Ausencia de Políticas Nacionales y de Legislación que protejan al Binomio Madre/Hijo, Poco Fortalecimiento Institucional y de Organismos encargados de Preservar, Proteger y Mejorar las Condiciones del Binomio, Escasez de Recursos Humanos Calificados, Bajo Nivel de Educación Higiénico Sanitario de la Madre. Todos estos Factores del Macroambiente se traducen en una Deuda Sanitaria Abismal que cada día debilita las condiciones de vida de la población y cuyo resultado se concretiza en una Alta Tasa de Morbi-Mortalidad General con tendencia a los Grupos Críticamente Sensibles y Expuestos a Riesgos como es el Binomio Madre-Hijo, específicamente durante el Período Perinatal, lo que se traduce en múltiples Causas de Enfermedad y Muerte Intrahospitalaria Materno-Infantil, de manera que un gran grupo de enfermos y fallecidos se engloban en una codificación llamada otras causas.

Por otra parte ésto hace necesario que los trabajadores de la salud tengan un nivel adecuado de conocimiento que les permita la detección oportuna de Factores de Riesgo que pueden generarse en el propio Proceso de la Atención de la Madre y el Niño en el contexto de los Servicios de Salud, lo cual incluye desde el propio Proceso de Percepción que tiene el trabajador de la salud acerca de la importancia de estos factores a fin de disminuir los riesgos a que puede estar expuesto el Binomio Madre-Hijo en el Proceso de Atención.

El Segundo nivel expresado en la Atención Hospitalaria del Binomio Madre-Hijo y cuyo contenido asistencial está condicionado por la problemática de la Atención Primaria, juega un papel fundamental en el Proceso de Atención del Parto y Puerperio Inmediato y de la Atención del Recién Nacido.

Dado que el Hospital Fernando Vélez Páiz constituye un Centro de Atención Hospitalaria de Nivel Nacional donde se atiende tanto a la madre como al niño recién nacido y constituye uno de los principales centros de referencia docente asistencial del país, la Percepción que los Trabajadores de la Salud tienen en cuanto a los Factores de Riesgo, tanto a nivel de Médicos y Enfermeras como del Personal de Apoyo, inciden en la calidad de la atención del Binomio Madre/Hijo influyendo en la Morbi-Mortalidad Materno Infantil Intrahospitalaria.

Por lo tanto el Presente Estudio se plantea determinar la Percepción que tienen los trabajadores de la salud en dicho centro tanto a nivel de Médicos y Enfermeras como del Personal de Apoyo, de los principales factores de riesgo a que está expuesto el Grupo Madre/Hijo en el Proceso de Atención.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.

Con el advenimiento del SNUS el 8 de Agosto de 1979, y la apertura de los Servicios de Salud a toda la población de manera gratuita, Los servicios de salud se vinieron deteriorando paulatinamente, por diferentes razones entre ellas la falta de un buen Sistema de Organización y de Gerencia que permitiera discriminar la población necesitada de atención en salud, reforzado esto por la guerra de agresión y el bloqueo, que estimularon la fuga de cerebros (Personal Calificado del sector salud) y el deterioro del instrumental biomédico los cuales en su mayoría eran de origen norte americano.

Sin embargo para dar respuesta a estos problemas:

1. Se amplió el número de ingreso a la carrera de Medicina, se crearon Los Politécnicos de la Salud en las ciudades de León y Managua y el Centro de Investigaciones y Estudios de la salud (CIES) de la Región III. Se organizó el Sistema de Salud por regiones (Nivel Central, Regional y Local). Y se organizaron los hospitales en servicios por especialidad.

Como la Atención del Parto, Puerperio Inmediato y Atención al niño en la Región III sólo estaba a nivel del Hospital F.V.P. con Cobertura Nacional y los Programas no tenían la extensión necesaria para dar respuesta a la población demandante, se creó un espacio para dar atención a la mujer en el Hospital Bertha Calderón.

2. Para responder al deterioro del instrumental biomédico se creó el Movimiento de Innovadores.

A pesar de todos estos esfuerzos el impacto no fue directamente proporcional, debido a que el deterioro de la Economía Nacional y la Destrucción de Centros y Puestos de Salud en las Zonas de Guerra no permitió el Alcance de Cobertura según Planes y Programas del Ministerio de Salud lo cual hizo necesario un Cambio de Actitud en los Trabajadores de la Salud en la Relación del Personal con los Pacientes que favoreciera la Disminución de Factores de Riesgo en el Propio Proceso de la Atención, pero que el deterioro en el nivel de vida de los propios trabajadores de la salud afectó el nivel de Percepción en cuanto a la importancia de Factores de Riesgo presentes en dicho Proceso de Atención y que por lo tanto afecta la calidad de la misma.

No existe en Archivo de Docencia e Investigación Médica del Hospital F.V.P. ninguna investigación que trate sobre la Percepción de Factores de Riesgo Materno Infantil, que tienen los trabajadores de la salud. La totalidad de las investigaciones realizadas están referidas a la medición de aspectos Clínico-Patológicos orientados específicamente a reafirmar el Paradigma Biologicista de la Medicina Curativa.

Por lo tanto este Estudio permitirá una primera aproximación acerca del Conocimiento de la Percepción que los propios trabajadores de la salud tienen de Factores de Riesgo que pueden estar presentes en el propio medio laboral en que se desarrolla el Proceso de la Atención y que al no ser considerados como tales pueden tener una incidencia importante en la calidad de la misma, esto a su vez dará pautas para generar procesos de Educación Permanente encaminados a elevar el nivel de conocimientos y cambios de actitud en el trabajador como agente fundamental de la atención que permita una mayor detección oportuna de dichos factores e implementar estrategias de intervención adecuadas para elevar la Calidad de la Atención.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El presente estudio se plantea abordar las siguientes interrogantes:

Cuál es el nivel de organización técnico administrativa de los recursos humanos involucrados en los servicios?

Cuál es el grado de motivación socio-laboral que tiene el personal de dichos servicios para brindar la atención?

Cuál es el nivel de conocimiento que tiene el personal sobre factores de riesgo que afectan la salud del binomio madre-hijo?

Cuáles son desde el punto de vista del trabajador los factores de riesgo durante la atención de la madre al momento de su proceso de atención en el embarazo, atención del parto y el puerperio inmediato.

A qué factores de riesgo consideran que están expuestos los niños recién nacidos en el hospital durante su atención inmediata?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la percepción de factores de riesgo en el proceso de atención de la madre y el Recién Nacido, por los trabajadores de la salud del Hospital Fernando Vélez Páiz en el mes de abril de 1991.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Determinar el Nivel de Organización Técnico Administrativo de los Recursos Humanos involucrados en los servicios.
2. Determinar el Grado de Motivación Socio-Laboral que tiene el Personal de Servicio para brindar la Atención.
3. Determinar el Nivel de Conocimiento que tiene el Personal sobre Factores de Riesgo del Binomio Madre/Hijo
4. Valorar la Percepción sobre Factores de Riesgo durante la Atención de la Madre al momento de su ingreso, atención del Parto y Puerperio Inmediato y del Recién Nacido.

5. MARCO DE REFERENCIA

La Planificación en salud deberá estar íntimamente ligada a las necesidades de los servicios basado en el enfoque de riesgo y en el trabajo en equipo.

Los Factores de Riesgo que condicionan y determinan los problemas de salud incluyendo el acceso de los diferentes grupos a los servicios de salud son de Carácter Biológico, Socioeconómico, del Ambiente Físico, Cultural y Político.

Según el Comité de Expertos en Atención de Maternidad de la OMS. el Objetivo de la Atención de Maternidad es asegurar que cada madre gestante y cada madre lactante se mantenga en buen estado de salud, aprenda el arte del cuidado del niño, tenga un parto normal y dé a luz hijos sanos.

La Atención de Maternidad en su sentido más limitado consiste en el Cuidado de la Mujer Embarazada, su Parto Normal Seguro, el Examen Postnatal, Cuidado del Recién Nacido y Mantenimiento de la Lactancia.

A pesar de los Acuerdos de los Países Miembros de la OMS. y del Desarrollo Científico Técnico, el Objetivo de la Atención de Maternidad, siguen siendo prevalentes las Complicaciones durante el Proceso del Embarazo, la Atención al Parto, Puerperio y Recién Nacido, así como las Enfermedades Prevenibles que causan la muerte de niños y madres o que producen complicaciones graves que provocan daños irreparables a la Salud.

Según Reynauld Pineault y Carol Davely adoptan la salud como una variable dependiente influida por diferentes factores: Biológicos o Endógenos, Factores Ligados al Estilo de Vida y otras al Sistema Sanitario.

El Estado de Salud de una persona o de una población en un momento dado es el resultado de la acción de diferentes factores en momentos diferentes.

Los Factores Biológicos y Ambientales y los Relacionados con el Estilo de Vida, intervienen como condicionantes, de modo que para un mismo individuo y una misma enfermedad el número de daños que preceden a la aparición de la enfermedad varían de un factor a otro.

Es preciso remarcar también las Interrelaciones posibles entre estos Factores Determinantes, hay que distinguir la influencia posible de ciertos Factores Biológicos o Ambientales sobre el Comportamiento.

Por otra parte el Sistema Sanitario actúa como Factor de Restauración.

Es necesario enfatizar que en Nicaragua, el hecho que la Morbi-Mortalidad Materno Infantil refleje mayores tasas en la población rural y marginal urbana es producto de la concentración de factores de riesgo que la condicionan y la determinan. El comportamiento diferencial de incrementos de la Mortalidad Infantil de la Región III se relaciona con el impacto del crecimiento desproporcionado de la ciudad de Managua, junto al nivel de prioridades asignado a dicha región considerando que la inmigración de nicaragüenses en éstos últimos años debido al advenimiento de la suspensión de la guerra ha incrementado la población tanto urbana como rural.

En el año 1986 la Mortalidad Infantil se elevó a 64.5 x 1000 N.V este problema se expresa por la persistencia de la tasa de mortalidad elevada, por el incremento en el peso específico que ocupa la Mortalidad General y por su persistencia como la más importante en el nivel hospitalario.

Las Muertes Neonatales se incrementaron en términos absolutos en un 20% para 1986 en relación a 1983, así mismo se incrementó su tasa en un 10% principalmente a expensas del Crecimiento fetal lento, Desnutrición fetal e Inmadurez fetal.

A nivel Hospitalario las Principales Causas de Mortalidad Neonatal ocupan altas tasas de Letalidad a pesar de que ha venido disminuyendo entre 1981 y 1986. El 75.8% (91) de los fallecidos habían nacido Intrainstitucionalmente, solo el 15% en los Domicilios y el 15.8% (19) habían nacido Pretérmino.

Entre las 25 Primeras Causas de Morbilidad Hospitalaria en Nicaragua según el Plan Trianual 83-86, se enumeran:

Parto Normal.

✓ Aborto no especificado.

✓ Otras causas obstétricas directas.

Otras causas de morbilidad perinatal.

Hemorragia del embarazo y del parto.

Parto prematuro y amenaza del mismo.

Hipoxia.

Asfixia.

Otras afecciones respiratorias por el feto.

Crecimiento fetal lento.

Desnutrición e inmadurez.

Toxemia del embarazo.

Los Problemas Obstétricos excluyendo el Parto Normal están constituidos por otras causas obstétricas directas.

✓ Hemorragia del embarazo.

Parto prematuro

Toxemia del embarazo.

En su conjunto representan el 7.44% de los egresos en 1983, el 8.65% en 1985, el 8.57% en 1986. Cuantitativamente su tendencia es hacia el Incremento.

Problemas neonatales.

Entre los principales se encuentran:

Causas de Morbilidad Perinatal, destacándose:

El crecimiento fetal lento.

Desnutrición e Inmadurez.

Hipoxia.

Asfixia, y otras afecciones respiratorias del feto que persisten como problemas en relación con la atención del parto.

La Mortalidad por Causa Obstétrica a nivel de hospitales durante el período comprendido entre 1985 y 1990 ha oscilado entre 9.5 a 9.7 x 10,000 N.V correspondiendo a la Región III el 6.6% la cual cuenta con el mayor número de personal calificado.

De acuerdo a SINEVIS en 1987 según su orden de Letalidad corresponde al Tétanos Neonatal un 77.6% y la Sepsis del Recién Nacido un 33.3%.

En un Segundo Grupo se encuentra la Hipoxia y la Asfixia y otras Afecciones Respiratorias del Feto (18.5%) Traumatismos del Nacimiento (17.7%) Crecimiento fetal lento, Desnutrición e Inmadurez un (15.6%)

En un Tercer Grupo se encuentran otras Causas de Morbilidad Perinatal (9.4%) y Complicaciones Obstétricas que afectan al feto (.3%) se destaca que el Tétanos Neonatal continua siendo un Daño importante en la Salud del Niño.

El número de casos en 1988 fue de 27 y en 1989 se registraron 17 casos hasta la semana 52. Esto se encuentra relacionado con la insuficiente cobertura de vacunación con toxoide tetánico a la embarazada.

Es importante señalar que la Muerte Perinatal constituye el Daño de mayor convergencia de los Factores de Riesgo durante el Embarazo y las Condiciones Desfavorables del Parto, incluyendo las Propias Prácticas Asistenciales. El 52% de los casos de muerte de niños en el Hospital Fernando Vélaz Paiz,

La Mascota y Bertha Calderón, son niños prematuros de 28 a 36 semanas de nacidos.

Se encontró una relación de 3:1 de los niños muertos Pretérminos en relación a los Atérminos en el grupo de 0 a 6 días. En cambio la relación de riesgo de los de bajo peso con relación a los de peso apropiado es de 2:1.

En los tres hospitales antes mencionados se encontraron como causa básica de muerte de un total de 72 defunciones analizadas que las Afecciones Perinatales ocupan el primer lugar con 33 casos 43%.

Infecciones Intestinales 17 casos 23.6%.

Bronconeumonía 8 casos 11.1%.

Cómo causas asociadas:

Hipoxia y Asfixia 40.2%

Desnutrición 23.6%

Sepsis tardía 12.5%

Bronconeumonía 4.1%

Desde el punto de vista de Enfoque de Riesgo. La Vulnerabilidad especial ya sea para la enfermedad o para la salud es el resultado de un número de Características Interactuantes, Biológicas, Genéticas, Ambientales, Sicológicas, Sociales, Económicas.etc. las que asociadas confieren un Riesgo Particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro.

El hecho de que las comunidades, la familia o los individuos posean características que les confieren un riesgo especial de alteración de la salud implica una serie de cadena causal o secuencial.

Un Factor de Riesgo. Es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

Según Jhon Last los factores de Riesgo y sus connotaciones son las siguientes:

- a.- Un atributo o asociación con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico tal como la ocurrencia de una enfermedad. Este atributo no necesariamente constituye un factor causal.
- b.- Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.
- c.- Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad o daño específico a la salud (Factor de Riesgo Modificable).

Los Factores de Riesgo por lo tanto pueden ser Causas o Indicadores pero su importancia radica en que son Observables o Identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen.

En relación al Objeto de Estudio, varios investigadores han demostrado que el Primer Embarazo, la Alta Paridad, Embarazo en Edad Temprana o Tardía, los Abortos Previos y la Desnutrición son Factores de Riesgo Universal y estas características aumentan la probabilidad de Patologías Perinatal. La combinación de éstos y otros factores de riesgo en los mismos individuos incrementan aún más la probabilidad de experimentar un daño a la salud.

Los Factores de Riesgo por tanto se clasifican en:

1.- Biológico.

Ejem: Cierta grupo de edad.

2.- Ambientales.

Ejem: Abastecimiento deficiente de agua, Falta de adecuado sistema de disposición de excretas, etc.

3.-De Comportamiento.

Ejem: Fumar.

4.-Los Relacionados con la Atención a la Salud.

Ejem: Baja calidad de la atención, Insuficiente cobertura.etc.

5.-Socioculturales

Ejem: Educación Deficiente.

6.- Económicos.

Ejem: Bajo Ingreso.

La Organización Panamericana de la Salud indica que las Causas de Riesgo que pueden contribuir a la Morbilidad y Mortalidad Perinatal son las siguientes:

Etapas Prenatales.

Edad.

Mujeres multíparas de 5 a 8 o más partos.

Peso.

Aumento de peso mayor de 2kg. /4libras/ por semana a partir del quinto mes o no aumento de peso.

Cesárea Anterior.

La cicatriz abdominal sugiere una cesárea anterior y el riesgo consiste en que se repite la causal de cesárea y/o a la ruptura del útero por la cicatrización anterior.

Abortos Anteriores.

Mortalidad perinatal anterior, complicaciones obstétricas, parto gemelar anterior, comprobación de antecedentes por interrogatorio obstétrico dirigido hacia los signos y síntomas de cualquiera de estos riesgos.

Anemia.

Palidez en mucosas gingivales y del párpado inferior.

Hipertensión Arterial.

Presión arterial alta, Diastólica más de 90mm/-hg, Sistólica más de 140mm/hg.

Albuminuria.

Albúmina positiva en la orina con dos cruces o más.

Edema.

Hinchazón de miembros inferiores.(tobillos) o en mejías y párpados.

Posición Fetal.

Situación transversa o presentación de nalgas a final del embarazo.

Hemorragia Vaginal.

Hemorragia moderada o excesiva con o sin manifestaciones de schok.

Ruptura Precoz de Membranas.

Salida repentina de líquido amniótico (color y olor característicos sin trabajo de parto)

Ausencia de Ruidos Cardíacos Fetales.

Ruidos cardíacos fetales negativos (no se escuchan).

Ausencia de Vacuna Antitetánica.

Alta posibilidad de infección por el Clostridium Tetánico si el parto no es atendido en buenas condiciones higiénicas.

Educación.

Nula o Mínima.

Trabajo.

Demanda de mucho esfuerzo físico y exposición a agentes tóxicos, infecciosos o traumáticos.

Madre soltera.

Carencia de soporte emocional y económico.

Tabúes.

Temores y prácticas tradicionales especiales y excesivas y/o nocivas a la salud de la embarazada y el niño.

Capacidad y condiciones de la vivienda.

Máximo hacinamiento, falta de agua o aguas contaminadas, presencia de vectores y roedores, eliminación de excretas y basuras deficientes.

Situación económica.

Pobreza extrema.

Durante el Parto.

Trabajo prolongado de parto.

En multíparas, más de 8 a 12 horas de trabajo .

Situación transversa y presentación de nalgas.

Presencia de extremidades, hombros o nalgas en vagina.

Procedencia o prolapso del cordón.

Presencia del cordón umbilical en la vagina.

Placenta previa.

Sangramiento abundante por genitales, ruidos cardíacos fetales débiles.

Hemorragia vaginal.

Salida abundante de sangre, shock.

Abruptio Placenta.

Hemorragia vaginal discreta o ausente (sangre oscura), mucha veces no guarda relación con el estado general de la paciente, arritmia o ausencia de los latidos del corazón fetal, signos de toxemia (edema, albuminuria, hipertensión) estado de shock, contracciones uterinas intensas y prolongadas.

Sufrimiento Fetal.

Ruidos cardíacos arrítmicos, menos de 120 latidos por minuto (bradicardia) o más de 160 por segundo (taquicardia fetal).

Parto Prematuro.

Parto de 36 semanas de gestación y/o niño con peso menor de 2500 gramos y otros signos de inmadurez fetal.

Durante el Puerperio.

Complicaciones del Posparto inmediato (hasta la primera semana).

Hemorragia.

Salida de sangre roja y coágulos moderada o excesiva con o sin manifestaciones de shock durante las primeras 24 horas después del parto, generalmente provocados por atonía o relajación uterina, laceraciones o rasgaduras profundas del cuello uterino o vagina o retención de la placenta.

Retención de placenta por restos ovulares.

Si después de 60 minutos de la expulsión del feto, no se han expulsados la placenta y membranas, puede haber hemorragias vaginal moderada y abundante, la contracción uterina es débil.

Complicaciones del Post-Parto Mediato (segunda semana hasta 40 días).

Tromboflebitis.

Proceso inflamatorio con dolor intenso y tumefacción en uno de los miembros. Temperatura de 38 grados centígrados o más.

Loquios Infectados.

Olor fétido y color verdoso o amarillento de la secreción vaginal. Temperatura 38

18
grados centígrados o más.

Várices.

Venas abultadas y dolorosas en miembros inferiores.

Mastitis.

Presencia de dolor, temperatura y tumefacción de una o ambas manos después de algunos días o semanas de haber cesado la congestión dolorosa de la bajada de la leche.

Fiebre.

Elevación de la temperatura a 38 grados centígrados o más persistiendo de 24 a 48 horas. Escalofríos.

Recién Nacido.

Hipoxia Fetal.

Falta de oxígeno, dificultad en la respiración después del nacimiento, respiración inadecuada disminución del riesgo sanguíneo de los tejidos ruidos cardíacos del recién nacido menos de 100 por minuto o ausente, respiración difícil o ausente, irritabilidad refleja (reflejo de náuseas es débil o ausente) tono muscular débil o ausente. Cianosis distal o color de la uñas, y/o cianosis o palidez general en la piel.

Recién Nacido de bajo peso (prematureo)

Peso de 2.5kg. o 5 libras y media al nacer, reflejos ausentes o disminuidos, control inadecuado de la temperatura, dificultad en la respiración, susceptibilidad mayor a la infección, inmadurez de los órganos, problemas en la nutrición.

Hemorragia Umbilical.

Salida de sangre del cordón umbilical.

Mal formaciones congénitas.

Labio Leporino etc.

Según Reeder Mastroianni Martin existen Complicaciones Importantes que son consecuencias del embarazo pero que presentan graves peligros para la salud, y entre ellas están:

1. Trastornos Hemorrágicos del Primer Trimestre como es: aborto, embarazo ectópico y mola hidatiforme.
2. Hiperemésis Gravídica.
3. Complicaciones hemorrágicas de origen placentario en el Tercer Trimestre, como placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.
4. Trastornos hipertensivos del embarazo que antes se llamaba Toxemia (Preeclampsia y Eclampsia).

Las dos causas más comunes de Hemorragia en la Segunda Mitad del Embarazo son: La Placenta Previa y Desprendimiento prematuro de Placenta.

Algunas enfermedades tienen efecto en el feto, otras tienen efecto en la embarazada y algunas alteran al binomio por igual.

Diabetes. A diferencia de muchos de los estados patológicos que no son modificados por el embarazo, la Diabetes afecta profundamente el curso de la gestación y también al feto, la Diabetes tiene efecto nocivo en el embarazo por los mecanismos siguientes:

La Infección especialmente de Vías Urinarias es más común y grave. El feto suele mostrar Macrosomía que agrava la posibilidad de un parto difícil por la vagina y la

aparición de hemorragia posparto La cifra de Preeclampsia y Eclampsia es cuatro veces mayor con incrementos, incluso si no existe alguna enfermedad vascular pre-existente y concomitante.

Hay una mayor frecuencia de Polihindramnios

El feto y el neonato pueden sufrir efectos nocivos por diversos mecanismos, como consecuencia puede haber una Hipoglicemia, Anomalías Congénitas cómo: Anencefalea, Meningoceles, Transposición de Grandes Vasos, Defecto de Tabique Interventricular y Coartación de la Aorta. Síndrome de Membrana Hialina, Incidencia de Hiperbilirubinemia e Hipocalcemia etc.

Las Nefropatías, si se acompañan de Hipertensión pueden ocasionar Retardo del Crecimiento Fetal y una Mayor Mortalidad Perinatal.

Trastornos de la Función Tiroidea, como consecuencia de esta enfermedad se da el Aborto Espontáneo y el Aborto Prematuro.

Enfermedades Infecciosas como:

Sarampión en la embarazada, esta hace que haya mayor posibilidad de un parto prematuro y en el recién nacido puede observarse alguna erupción de ese tipo.

Hepatitis Viral. Hace que aumente la frecuencia del Aborto, Parto Prematuro y Ovito fetal.

Sífilis. Como consecuencia de esta enfermedad se da la Infección Intrauterina, Aborto o Muerte del feto y Sífilis Congénita.

Gonorrea. Produce Infección Puerperal e Infección Oftálmica del Recién Nacido producto de la contaminación durante el proceso del parto.

Rubeola. El producto puede sufrir daño sin que la madre tenga una enfermedad manifiesta, las consecuencias de esta enfermedad puede ser Catarata o Sordera, Aborto Espontáneo y Ovito fetal, Retardo del crecimiento uterino, Glaucoma, Hepatoesplenomegalia. etc.

Neumonía. Es un factor importante en la muerte del Recién Nacido, se observan tres tipos:

Neumonía Transplacentaria. Es una infección congénita que se adquiere dentro del útero y los síntomas surgen en etapas tempranas y a veces ha dependido de infecciones por Citomegalovirus, Virus Herpes, Rubeola, Toxoplasmosis etc.

Neumonía por Aspiración. Es parte del proceso obstétrico, se manifiesta en los primeros días de vida.

Neumonía Adquirida. En el parto o en el postparto, suele intervenir el *Stafilococcus Aureus* y otros microorganismos coliformes.

Los síntomas característicos son:

Color inadecuado, Hipotonía, Irritabilidad, Síntomas de insuficiencia respiratoria (aleteo nasal, taquipnea, retracción de la jaula costal y apagamiento de los ruidos respiratorios.

Síndrome de Alcoholismo fetal. El consumo de más de 90ml de alcohol absoluto o seis copas al día por parte de la madre puede ocasionar anomalías congénitas en el bebé como sería:

Defectos típicos de cráneo (microcefalea), Cara (paladar hendido), Del árbol cardiovascular, Retardo del crecimiento intrauterino y del desarrollo.

En la vida extrauterina el bebé muestra retraso en el desarrollo y deficiencias en el crecimiento.

Retardo Psicomotor con depresión de los reflejos de succión y deglución.

Toxoplasmosis. Por consecuencia del paso transplacentario del parásito *Toxoplasma Gondii* al feto. Se sabe que de dos a siete mujeres por cada mil contraen la enfermedad activa en el embarazo y como consecuencia el 30 o 40 por ciento de sus bebés sufren la infección.

Entre los Síntomas Incipientes en el Neonato se presentan Hepatoesplenomegalia con Ictericia, Corio-retinitis, Letargia o Convulsiones o ambos signos. Las Manifestaciones Tardías incluyen Hidrocefalea o Microcefalea, Retardo mental o Calcificación cerebral.

Preeclampsia /Eclampsia. Las manifestaciones de la Preeclampsia son: Hipertensión, Edema y Proteinuria, la Eclampsia incluye el cuadro mencionado y además convulsiones que son, fundamentalmente de las gestantes, aunque también hay afectación del feto. Parte inherente del síndrome es la Insuficiencia Placentaria Progresiva y puede haber Retardo del Crecimiento fetal antes que surjan las manifestaciones a la embarazada. Con la aparición del cuadro clínico de Preeclampsia, la función placentaria sigue su deterioro y puede morir el feto. Si se deja continuar el embarazo puede que la mujer reaccione bien al tratamiento y se decide que el embarazo continúe, lo que puede ser un peligro para el feto y puede culminar en el óvito.

Sida. Si la madre tiene la enfermedad el producto es afectado directamente por la enfermedad desde su origen y como consecuencia el riesgo de padecer o adquirir cualquier enfermedad adicional es mayor y como consecuencia última, la muerte.

La Psicología juega un papel importante a través de la Percepción de los Factores de Riesgo por lo que desde su punto de vista se conceptúa la Percepción como el reflejo de la Realidad la cual está sujeta a juicios valorativos según las sensaciones y las experiencias vivenciadas por el hombre.

La Percepción suele llamarse Juicio de Realidad si está reflejada tal como se le presenta al hombre y se le denomina de Juicio Valorativo si esta realidad al reflejarse se emite juicio sobre ella, tal juicio se ve influido por el modo en que la realidad lo afecte ya sea negativa o positivamente.

La Percepción es inherente al hombre y ligada íntimamente a sus sensaciones originadas por su sentido, entonces cualquier acción ejecutada por éste hacia un objetivo es sujeta a la forma en que percibe la realidad, por consiguiente la Percepción es independiente de los componentes que integran un Sistema de Salud por lo que éstos dependen más bien de la Percepción que tenga el individuo de ellos sujeta a juicio de valor.

Una mayor capacidad de dar respuesta a los problemas de salud es tomar en cuenta no solo lo que como dirigentes perciben como relevantes, sino además aquellos que son percibidos como relevantes por otros actores sociales como personal involucrado, en la atención, y la propia comunidad que recibe la atención, cuyo concurso de poder son necesarios para el desarrollo de los Proyectos de Salud.

Desde el punto de vista de la Gerencia un Sistema de Salud debe considerarse un todo coherente compuesto de muchas partes relacionadas entre sí, tanto sectoriales como intersectoriales además de la propia comunidad y que producen un efecto combinado en la salud de la población.

Los Componentes Principales del Sistema de Salud son:

Desarrollo de los recursos de salud, Disposición ordenada de los recursos, Prestación de la atención de salud, Apoyo económico y Gestión.

El Sistema de Salud puede ejercer sus funciones gracias a la Planificación la que concierne hacia el futuro. Planificar es aplicar un proceso que conduce a decidir que hacer, como hacerlo, como evaluar antes y después. Según Bégun "Para observar los márgenes de error en las proyecciones y previsiones., y en tanto más lejos está el horizonte temporal mayor será el margen de error de las previsiones y las proyecciones".

Las principales Características de la Planificación son las siguientes:

- a.- La Planificación concierne al futuro.
- b.- Una relación de Causalidad entre la acción tomada y los resultados.
- c.- La Acción. El Objeto último de la Planificación (Lo contrario deviene en frustración).
- d.- La Planificación es Multidisciplinaria.
- e.- La Planificación se diferencia de la Programación en que esta última su método es llegar a un Plan detallado de actividades.

Según Shaefer, La Planificación en Salud es un Proceso Metódico consistente en definir un problema por análisis para satisfacer las necesidades y demandas no satisfechas que constituyen el problema, fijar fines realistas y posibles, determinar el orden de prioridades, inventariar los recursos necesarios, conseguir y proyectar las acciones administrativas ha considerado las diversas estrategias, de intervención posible para resolver los problemas.

En relación a la Evaluación de un Programa es un Proceso que consiste en determinar y aplicar criterios y normas con el fin de emitir un juicio sobre los diferentes componentes del Programa tanto en el estadio de su concepción como de su ejecución, así como sobre las etapas del Proceso de Planificación que son previas a la Programación.

Según Donavedian, hay tres enfoques principales para la evaluación de la atención de la calidad:

Estructura, Proceso y Resultado. Este triple enfoque es posible por que existe una relación funcional fundamental entre los tres elementos., ésto significa que las características estructurales de los lugares en donde se imparte la atención tiene una propensión a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad, en forma similar participan los otros dos elementos.

El total de los recursos que puede asignarse fija los límites a los presupuestos en lo que hace a las nuevas inversiones y a los gastos fijos

Prácticamente en todas las sociedades la demanda de servicios de salud excede a los recursos disponibles. En consecuencia resulta preciso establecer un orden de prioridad para las metas y objetivos que el Sistema de Salud ha de alcanzar.

En cuanto al desarrollo de los recursos de salud se requiere de diferentes recursos y su desarrollo, implica diversas acciones. Estos se clasifican en: Personal de Salud, Servicios de Salud, Equipo, Suministro de Salud y Conocimiento sobre Salud/Enfermedad, así como de los distintos métodos de prevención y tratamiento de las enfermedades.

La falta de consideraciones de los aspectos señalados anteriormente inciden negativamente en el proceso de atención que brinda el personal de salud lo cual afecta la calidad de la misma transformándose en factores de riesgo propios de los servicios de atención que pueden limitar la capacidad de respuesta adecuada y eficaz ante los problemas de salud, estos factores de riesgo propios del ámbito de los servicios intervienen negativamente en el proceso de implementación operacional de las políticas de priorización y de incremento de la calidad.

Las condiciones de egreso de los pacientes no solo están condicionadas por los factores de riesgo propios de los mismos al momento de su ingreso sino que debe considerarse aquellos

riesgos originados dentro del proceso de la atención, que están determinados por las condiciones técnicas/organizativos, socio/laboral y estructurales de los servicios.

Dentro de la dinámica de los servicios estos riesgos pueden no ser percibidos adecuadamente por los propios trabajadores de la salud lo que evita el tomar medidas oportunas y eficaces para la prevención del apareamiento de complicaciones u otros daños a la salud dentro del proceso de atención de la madre y el niño.

En estos factores de riesgo incluyen en cuanto a los aspectos técnicos administrativos entre otros, la falta de definición de normas y funciones que afectan la calidad de la atención, ausencia de una programación adecuada de la atención, la insuficiencia cuanti-cualitativa del personal de salud en áreas críticas de la atención, la falta de una supervisión y evaluación eficaz y sistemática del trabajo, la falta de desarrollo de proceso de educación permanente etc.

En los aspectos socio laborales la falta de incentivos y estímulos al personal involucrado en la atención, la estructuración y distribución del personal en los turnos, la falta de comunicación y relaciones interpersonales adecuadas que se manejan en los servicios etc.

En cuanto al nivel de conocimiento general que el trabajador tiene de los factores de riesgo y sus causas, la falta de conocimiento de los mismos limita la posibilidad de percepción oportuna de los mismos lo que afecta la calidad de la atención.

6. DISEÑO METODOLOGICO.

Tipo de estudio:

El presente estudio desde el punto de vista temporal corresponde a un Corte transversal en el mes de abril de 1991, siendo de carácter descriptivo en cuanto al nivel de profundidad del conocimiento obtenido.

Universo:

El Universo del presente estudio está constituido por la población de trabajadores del Hospital Materno Infantil Fernando Vélez Páiz de la Región III, Managua.

Este Hospital históricamente ha prestado Servicio Materno Infantil, desde el inicio de la década de los años setenta, siendo utilizada su estructura por las necesidades de ese momento, provocadas por el Terremoto de 1972.

Cuenta con tres pisos: En la Planta Baja, están ubicados los Servicios de Emergencia, Consulta Externa y Atención de Labor y Parto y Otros Servicios de Apoyo. El Segundo Piso, es usado para Internamiento de niños con Diferentes Patologías, y el Tercer Piso, para Oficinas Administrativas.

El hospital cuenta con un total de 300 camas, de las cuales 250 son censables y 50 no censables. Correspondiendo 10 camas en el servicio de Labor y parto y 25 en Maternidad.

Al momento de realizar el presente estudio el Universo de trabajadores es de 601, dado la disminución de personal en relación a los 771 trabajadores con que contaba el Hospital inicialmente, como efecto del desarrollo del Plan de Conversión Ocupacional que se lleva a cabo en el país dentro de las medidas de ajuste económico. Este Universo se distribuye según el tipo de personal de la siguiente manera:

Tipo de personal	No.
Médicos	119
Enfermeras Graduadas	36
Auxiliares de Enfermería	75
Personal de Apoyo y Administrativo.	371
Total.	601

Unidad de análisis:

La unidad de análisis está constituida por cada trabajador de la salud incluido en el universo del presente estudio, tanto a nivel de Médicos y Enfermeras como de Personal de Apoyo.

Muestra:

Para la realización del presente estudio se hizo una estratificación del universo en base a la ubicación del personal en los diferentes servicios del hospital y según tipo de personal catalogándose como "Personal Médico-Enfermera" y como "Personal de Apoyo", en base al conocimiento previo de la conformación del universo de estudio de tal manera que se garantiza que en la muestra estén representados los diferentes sectores laborales y tipos de personal, para lo cual se hizo un Muestreo Estratificado obteniéndose posteriormente en forma aleatoria al personal en que se aplicaron los instrumentos correspondientes del estudio.

Variable principal del estudio

La variable principal del estudio está constituido por la percepción del riesgo materno-infantil por parte de los trabajadores de la salud, y analizándose como variables secundarias las que describen el nivel de organización técnico-administrativo de los recursos humanos, así como del grado de motivación socio-laboral y nivel de conocimiento general de los factores de riesgo materno-infantil.

Obtención de la información

Para el presente estudio la fuente de información es de carácter Primaria obteniéndose a través de la aplicación de Encuestas al personal seleccionado en la muestra, de acuerdo a una programación establecida en coordinación con los responsables inmediatos superiores. Previo a la aplicación de la encuesta se le explicaba al personal los propósitos del presente estudio de tal manera que se evitara sesgos de información por falta de orientación acerca de la finalidad e importancia del estudio.

Se diseñó un Cuestionario particular para cada grupo de la muestra, tanto para Médicos y Enfermeras como para el personal de apoyo, en este último se simplificó la formulación de las preguntas de tal manera que su comprensión fuera más accesible al nivel cultural y técnico de dicho personal de apoyo.

Procesamiento y análisis de la información.

Para la información de carácter cuantitativa el procesamiento se hizo de manera computarizada utilizando el programa SPSS, resumiéndose la información en distribución de frecuencias para datos agrupados según los descriptores incluidos en el estudio.

Para la información de carácter cualitativa se utilizaron matrices que permitiera el ordenamiento, sistematización e identificación de los principales ejes de opinión de los encuestados por cada uno de los descriptores del estudio, en los casos en que las respuestas se concentraban hacia determinados ejes se categorizaron las mismas expresándose en distribuciones de frecuencias.

Con el propósito de incorporar en el análisis las principales valoraciones de las autoridades del Centro Hospitalario en relación a la percepción de los trabajadores según los resultados del presente estudio, se procedió una vez elaborado un informe preliminar a la discusión del mismo con autoridades del propio Hospital relacionados con el personal estudiado.

Operacionalización de variables.

Para la caracterización general del personal estudiado se incluyeron las siguientes variables:

1.- Edad.

La edad fue expresada en años cumplidos al momento de realizar el estudio, en base a la fecha de nacimiento expresado por el trabajador al momento de responder el cuestionario.

2.- Sexo

Masculino
Femenino

3.- Estado Civil

Soltero
Casado
Acompañado

4.- Grado de escolaridad

Universitario
Secundaria completa
Secundaria incompleta
Primaria

5.- Número de hijos

Corresponde a la cantidad de hijos del trabajador que se encuentran vivos al momento de la encuesta.

6.- Profesión

Corresponde al nivel de calificación técnica del personal encuestado. Se consideran las siguientes categorías de personal para fines del estudio:

Médico Especialista
Médico General
Licenciada en Enfermería
Enfermera profesional
Enfermera Técnico medio
Auxiliar de Enfermería
Auxiliar empírica
Enfermera con Post-básico
Otro tipo de personal.

Para determinar el nivel de organización técnico administrativa de los recursos humanos involucrados en los servicios se analizaron los siguientes descriptores:

7.- Tiempo de laborar en el servicio

Expresión del tiempo en meses desde su ingreso al servicio.

8.- Adiestramiento recibido

Orientación teórico-práctica desarrollada por la institución de forma programada para el personal que ingresa como trabajador.

9.- Tiempo de último adiestramiento

Expresión en meses del tiempo transcurrido desde el último adiestramiento en que participó.

10.- Existencia de normas y funciones en el servicio

Presencia física de los documentos de Normas y funciones dentro del servicio donde labora.

11.- Grado de disponibilidad de normas y funciones

Corresponde al nivel de disponibilidad que tiene el trabajador de los documentos de Normas y funciones del servicio.

- 12.- Coherencia en la aplicación de normas y funciones en el desempeño del trabajo.

Opinión del trabajador acerca del grado de adecuación que tiene los documentos de normas y funciones con la naturaleza y situación actual de cada servicio.

- 13.- Adecuación cuantitativa de los recursos a las necesidades de los servicios.

Percepción que tiene el trabajador acerca del número de recursos humanos existentes en el servicio en relación a la demanda laboral del mismo.

- 14.- Existencia de Plan de trabajo en el servicio

Conocimiento que tiene el trabajador acerca de la existencia en el servicio de un Plan de trabajo del propio servicio.

- 15.- Existencia de Supervisión en servicio.

Valoración del trabajador acerca del grado de supervisión que recibe dentro del servicio.

- 16.- Participación en actividades de Educación Continua.

Tipo de seminarios, cursos u otras modalidades de capacitación programadas por la institución para los trabajadores que laboran el servicio.

- 17.- Principales Temas recibidos en actividades de capacitación.

Principales temas que el trabajador ha recibido anteriormente en diferentes mecanismos de capacitación.

Para determinar el grado de motivación socio-laboral que tiene el personal de servicio para brindar la atención, se analizan los siguientes descriptores:

- 18.- Grado de compensación económica por su actividad laboral.

Nivel de satisfacción del trabajador de su desempeño en relación a su nivel de remuneración económica.

19.- Existencia de Políticas de estímulos en el servicio

Desarrollo de mecanismos de estímulos que motiven al trabajador de la salud.

20.- Grado de satisfacción con la política de estímulos

Corresponde al sentir del trabajador del servicio en relación a las políticas mencionadas.

21.- Grado de satisfacción con el tipo de turno laboral

Valoración del propio trabajador acerca del tipo de turno laboral que está desempeñando.

22.- Antigüedad en el turno actual

Expresión en meses por parte del propio trabajador acerca del tiempo que tiene de estar ubicado en el tipo de turno actual.

23.- Valoración de las relaciones interpersonales que tienen los trabajadores en los servicios donde labora.

Valoración del propio trabajador acerca de sus relaciones interpersonales con el resto de trabajadores que se ubican en el mismo servicio.

Para determinar el nivel de conocimiento que tiene el personal sobre factores de riesgo del binomio madre-hijo, se analizan los siguientes descriptores:

24.- Principales causas de riesgo en el embarazo

Nivel de conocimiento que tiene el trabajador acerca de las principales causas de riesgo de la madre durante el transcurso del embarazo.

25.- Nivel de conocimiento de Enfermedades que ponen en riesgo la salud materna durante el embarazo

Conocimiento que tiene el trabajador acerca de enfermedades que ponen en riesgo la salud de la embarazada.

26.- Conocimiento de las complicaciones más frecuentes durante el parto.

Enumeración por parte del trabajador de las complicaciones que él conoce que pueden ser causa de riesgo durante el parto.

27.- Conocimiento de los principales riesgos en el Recién Nacido

Descripción por parte del trabajador acerca de cuáles considera que son riesgos que ponen en peligro la vida del Recién Nacido.

28.- Conocimiento de las principales complicaciones durante del post-parto inmediato

Señalamiento por parte del trabajador en cuanto a cuáles son las complicaciones que ponen en peligro la vida de la madre durante el puerperio inmediato.

29.- Conocimiento de medidas que se pueden poner en práctica para disminuir los factores de riesgo.

Nivel de conocimiento que tiene el trabajador de medidas que frecuentemente se ponen en práctica cuando aparecen factores de riesgo durante el proceso de atención de la madre y el niño.

Para valorar la percepción sobre factores de riesgo durante la atención de la madre y el recién nacido se analizan los siguientes descriptores:

30.- Percepción del trabajador acerca de la calidad de la atención brindada.

Valoración cualitativa que tiene el propio trabajador acerca de la calidad de la atención que se brinda en su propio servicio en que está ubicado.

31.- Estimación del tiempo promedio de espera previo a la admisión.

Expresión en minutos del promedio de tiempo, según la experiencia del propio trabajador, que transcurre desde la llegada del paciente al Hospital y el momento en que se le realiza la admisión.

- 32.- Percepción del trabajador acerca de la calidad de la atención brindada durante el parto.

Valoración cualitativa que tiene el trabajador acerca de la atención que se le brinda a la madre al momento de la atención del parto.

- 34.- Tipo de complicaciones más frecuentes durante el parto desde el punto de vista del trabajador.

Señalamiento por parte del trabajador según su propia experiencia, en cuanto a las principales complicaciones que se presentan en el Hospital durante la atención del parto.

- 35.- Percepción del trabajador acerca de la atención en el puerperio inmediato.

Valoración que tiene el propio trabajador acerca de la calidad de la atención que se le brinda a la madre durante su hospitalización posterior al parto.

- 36.- Percepción de problemas que afecten la calidad de la atención brindada.

Identificación a partir de la percepción del trabajador de los principales problemas organizativos y de recursos que afectan la calidad de la atención brindada.

- 37.- Calidad del personal que brinda directamente la atención a la madre y el niño.

Valoración del propio personal de salud acerca de la calidad del personal sobre el que recae más directamente la atención de la madre y el niño.

5. RESULTADOS Y ANALISIS

En ambos grupos la población de trabajadores de la salud estudiada es relativamente joven, con un promedio de edad de 23 a 29 años en el grupo de Médicos y Enfermeras, y de 18 a 23 años en el Grupo de Personal de Apoyo. En ambos grupos se observa un predominio del sexo femenino siendo superior en el personal de apoyo, correspondiendo al 58.5% en el Personal Médico/Enfermera y el 79% de Personal de Apoyo.

En cuanto al Estado Civil en el Grupo de Médico/Enfermera se observa un predominio del personal casado (43.9%) en relación a las otras categorías, en cambio en el personal de apoyo predomina el grupo de los solteros (52.9 %).

Al comparar ambos grupos en cuanto al Grado de escolaridad se observa una relación inversa, predominando en el grupo de Médico/Enfermeras el nivel universitario (87.8 %), mientras en el grupo de apoyo se observa un predominio del nivel de Primaria (29.8 %), destacándose sin embargo en este último grupo la presencia de un 12.6 % de estudios universitarios y de 24 % de secundaria completa.

En cuanto al número de hijos se destaca que en el Grupo de Personal de Apoyo el porcentaje de trabajadores con más de 2 hijos (49.5 %) es un 84.7 % superior al porcentaje que presenta el grupo de Médico/Enfermeras (26.8 %).

Aspectos Técnico administrativos.

En relación al número de personal que labora en el servicio ambos grupos consideraron en más de la mitad (65 %) que es suficiente aduciéndose principalmente lo siguiente:

El 37% de las opiniones del Grupo Médico/Enfermera respondieron que el personal existente es suficiente para atender la demanda, el 33% respondió lo contrario y el 30% refuerzan la opinión anterior aduciendo que el plan de conversión ha dejado algunos servicios descubiertos. El Grupo de Apoyo respondió en más del 50% que requieren más personal para dar una buena atención, el 25% que el personal es suficiente y un 15% que el personal se vuelve insuficiente debido a constantes renunciaciones por problemas de salarios.

Es importante señalar que en ambos grupos el tiempo de laborar en el servicio es reciente, correspondiendo a un promedio de un año.

En relación al adiestramiento para el desempeño del trabajo tanto el grupo de médico/enfermeras como el de apoyo señalan en su mayoría (61 %) haberlo recibido. Sin embargo se

destaca que el tiempo promedio del último adiestramiento es de un año lo que expresa dificultad en el desarrollo de las acciones de Educación Continua.

En más del 70 % de los servicios existen Normas y Funciones por escrito, aunque se consideran en menor porcentaje (50 %) que están disponibles y de acuerdo al trabajo que desempeñan. Señalándose de igual manera la existencia del Plan de trabajo en el servicio en más del 60 % aunque solamente el 38 % del grupo de Médico/Enfermeras señalaron haberse involucrado en su elaboración, un 40% no logró precisar mecanismos de participación y un 21% afirmaron no haber participado.

En relación a la Supervisión de las labores el Grupo de Médico/Enfermera en un 83% señala haberla recibido en cambio en el grupo de personal de apoyo se considera un porcentaje de supervisión superior (92 %), aunque se señala como problema principal la falta de periodicidad realizándose diario solamente en el 50 % de los casos.

Se destaca que en el grupo de Médico/Enfermera aunque en más del 50 % se señala que se realiza Evaluación, el nivel de participación del personal es menor del 50 % y hay falta de periodicidad opinándose en un 22 % que éstas se realizan cada mes.

En relación a la Educación Continua se señalan por parte del personal de salud encuestado principalmente las siguientes valoraciones: más del 50% del Grupo de Apoyo respondieron que no participan, el 59% de las opiniones indicaron que la Educación Continua es importante, pero que hay deficiencias en su cumplimiento, el 24% respondieron que no participan por desconocimiento de la existencia de esta actividad, el 18% destacan como importante la falta de coordinación para dicha participación.

Más del 50% del Personal de Apoyo refiere no haber recibido ningún tema, mientras que aquellos que lo recibieron señalan principalmente el tema de la Lactancia Materna.

El Grupo Médico/Enfermera en relación al plan de educación en servicio refirió en un 34% que no tienen conocimiento del mismo lo que limita la participación en Cursos de refrescamiento. Esta situación se ve favorecida porque lo aprendido en los cursos no se trasmite al resto del personal ni al usuario.

Aspecto de motivación socio laboral.

Más del 60% del Grupo de Apoyo respondieron que el trabajo que desempeñan no está de acuerdo al salario devengado, y el Grupo de Médico/Enfermera en más del 90% respondieron que su salario no está acorde con su desempeño.

De ambos grupos más del 50% refieren que no existen políticas de estímulo y de igual manera responden no estar satisfecho.

El 85% del Personal de Apoyo consideró que el turno que tienen es el más adecuado, teniendo asignado el mismo como promedio un año, el 41% tiene turno diurno, el 38% turno rotativo y el 10% turno nocturno. Lo que significa que la distribución del personal está concentrada en el turno diurno.

Más del 50% de ambos grupos afirmaron que las relaciones interpersonales son buenas.

Conocimiento general acerca de los factores de riesgo durante la atención de la madre y el recién nacido.

En relación a las causas de riesgo que puede presentar la mujer durante el embarazo, el Personal Médico/Enfermera coincidió en mencionar como las tres principales causas (con el 33.3%) las siguientes:

- 1.- Las Condiciones Socio Económicas,
- 2.- La Falta de Control Prenatal,
- 3.- Preeclampsia.

Estas condicionantes están orientadas hacia la Incriminación de Factores Externos.

En cambio el Grupo de Apoyo considera como las tres principales causas en un 18.5% que la Hemorragia, la Fiebre y Alteraciones de Presión Arterial. Un 11% de las opiniones corresponden a Anemia, Preeclampsia, Hipertensión y Falta de Control Prenatal y un 70.3% no lograron precisar causas de Riesgo Materno, lo que significa que en su mayoría existe desconocimiento al respecto.

El Grupo de Médico/Enfermera en cuanto a las medidas que deben poner en práctica para disminuir las Causas de Riesgo durante el embarazo refieren en un 37% de sus en el Control Sistemático y Educación Preventiva considerándose a la población, en un 29% que son importantes la utilización de los Medios Educativos, para brindar conocimientos a los demandantes de los servicios.

En cuanto a las Enfermedades que ponen en riesgo la vida de la madre y del niño, el Grupo de Médico/Enfermera en un 26.8% le dan mayor énfasis a las enfermedades infectocontagiosas sobresaliendo para este grupo la Varicela,

Sarampión, Toxoplasmosis, en un 12% opinaron que la Rubeola. Es importante destacar que el 70% de las opiniones emanadas por este mismo grupo que es el de mayor profesionalización, no lograron precisar las enfermedades que afectan a la madre y al niño.

El Personal de Apoyo, en relación al mismo aspecto consideran (con un 42%) que la Sífilis afecta mayormente a la madre y al niño, con un 30% la Preeclampsia y la Diabetes, y un 28% el Sarampión y el Sida.

En relación a las complicaciones que puede presentar la embarazada al momento de su parto, en el 47% de las opiniones del grupo Médico/Enfermera, identifican la Hemorragia como la principal complicación, el 28% La Laceración o Desgarro Uterino, y un 26% la Eclampsia.

En cuanto a las Medidas Prácticas para dichas Complicaciones, El Grupo de Médico/Enfermera en un 50% de las opiniones refieren que la Principal Medida es el Control Prenatal, el 24% indica que Mejorar la Calidad de Atención y un 14% hace énfasis en la Atención Inmediata.

El Grupo de Médico/Enfermera considera en un 50% que la Asfixia Neonatal es la principal causa de riesgo de enfermar o morir en el recién nacido, el otro 50% de opiniones refiere como Causa Principal la Mala Atención del Parto y Aspiración Meconial, relacionando éste último como consecuencia de lo anterior.

Las tres principales opiniones en cuanto a las medidas que puede poner en práctica en relación a riesgo de enfermar o morir el recién nacido, el Grupo de Médico/Enfermera opinó en un 48% que la Buena Atención durante el Parto es la principal medida, el 31% se refiere que debe mejorar el Control Prenatal y un 21% que debe mejorar la Educación Continua del personal.

En el Grupo de Médico/Enfermera en cuanto a complicaciones durante el Puerperio Inmediato, en el 45% de sus opiniones identifican a la Hemorragia como la principal complicación, el 38.2% a la Infección Puerperal, y el 17% a la Retención Placentaria.

En relación a las medidas que deben ponerse en práctica en cuanto a las complicaciones antes mencionadas, por el Grupo de Médico/Enfermera el 38% consideró como de mayor importancia las Medidas Higiénicas en sala de instrumentos, un 33% hizo énfasis en la Terapia Adecuada y el 29% en la Revisión de la Involución Uterina.

El Personal de Apoyo, en más del 60% desconoce las principales Causas de Riesgo que contribuyen a las enfermedades y muerte del Recién Nacido, el 18.7% de las opiniones identifican como Causa de Riesgo la Mala Atención y mencionan a la vez a las Enfermedades como la Meningitis, Diarrea, Bronconeumonía, Condiciones Higiénico Sanitarias, Desnutrición, Infección Posparto, y un 12.5% refieren como principal causa El no Control Prenatal, Mala Atención Médica y Deficiente Higiene, también mencionan en menor proporción los Problemas Cardiovasculares e Infecciones.

Factores de riesgo en el proceso de atención de la madre y del niño.

Durante el Ingreso.

Durante su ingreso, el Grupo de Apoyo en un 49% y El Grupo de Médico/Enfermera con más del 50% Consideran la atención como buena.

En cuanto a Problemas Observados durante la atención en el ingreso el 22% de las opiniones responden no haber observado ningún problema, un 15% que los problemas que se observan principalmente es la falta de Recursos Económicos, Humanos y Actitudes Negativas del Personal, y es significativo que un 62.7% no logra precisarlos considerándolos como procedimientos rutinarios, tomándolos como normales.

En cuanto al Tiempo Promedio de espera durante la atención en el ingreso del paciente el Grupo de Apoyo opinó que oscila entre 30 y 60 minutos, (siendo el de mayor número de opiniones el de 60 minutos). El Grupo de Médico/Enfermera opinó que el tiempo promedio es de 30 a 45 minutos.

Durante el Parto.

En relación a la Atención de la Madre Durante el Parto, el Grupo de Apoyo con el 41% de sus opiniones indican que la Atención es Buena, y el 24% regular.

El Grupo de Médico/Enfermera considera en un 54% de sus opiniones que la Atención Durante el Parto es Buena, lo que refuerza la opinión del Grupo de Apoyo. Es importante observar que el 37% opinó que la Atención es Regular. Este mismo personal refiere en un 39% que Las Complicaciones que se presentan mayormente durante El Parto es el Sangrado Activo, un 29% le da importancia a la Hipertensión y un 32% no logra precisar.

En cuanto a las principales medidas que el personal pone en práctica, en relación a Las Complicaciones Durante el Parto consideran en un 70% la Atención Inmediata del Parto y toma de Signos Vitales. Es importante mencionar que un 28% no logran precisar las medidas que se aplican aún siendo de este mismo personal.

Refieren que la Atención que se brinda directamente en el Parto la efectúan principalmente con un 48% de opiniones, los Médicos Generales, 27% Enfermeras y 25% Residentes.

Durante el Puerperio Inmediato.

Durante el Puerperio Inmediato más del 50% de las opiniones del Grupo Médico/Enfermera considera que la Atención es Buena, el 32% refieren que es Regular y un 16% no logran Precisar. Este mismo personal considera como los principales

problemas observados durante el Puerperio Inmediato en un 37% la Falta de Ropa de Cama y Otros Materiales para la Atención, y un 31% la Hemorragia y Restos Placentarios. El 32% de este mismo personal no logre precisar al respecto. Esto último también sucede con el 62% del Grupo de Apoyo, que sumado a un 21% que refirió no tener ninguna observación hacen un 83% de falta de percepción de los problemas, y el 17% refirió como principal problema la falta de Material y Medicina.

En cuanto a las medidas que ponen en práctica El Grupo de Médico/Enfermera menciona en el 17%, en el Ahorro de Materiales y el 77% no lograron precisar ninguna medida.

El 47% de las opiniones emanadas por el Grupo Médico/Enfermera refieren que los temas que se imparten a las madres son:

Lactancia Materna y Alimentación al binomio madre/hijo, el 38.3% enfatizan sobre temas de medidas preventivas y en menor porcentaje a temas de Planificación Familiar. El Grupo de Apoyo en un 30% refieren impartir temas sobre Cuidados del Recién Nacido, Importancia del CCD, Higiene de Pezones, Lactancia Materna, Alimentación a la Madre, un 20% responde que su orientación está dirigida a las Medidas Preventivas (higiene, vacunas), y el 50% de este mismo personal no logra precisar ningún tema.

El Grupo de Médico/Enfermera refieren que para transmitir los contenidos educativos utilizan los siguientes medios, un 45.2% charlas, 35.7% películas y un 19% folletos.

Durante la Atención del Recién Nacido.

En relación a los problemas observados frecuentemente durante la Atención al Recién Nacido el Grupo de Apoyo en un 19% opina que se observa la falta de Recursos Materiales, Equipos y Medicina, un 31.7% no mencionó ningún problema por no tener contacto con esas áreas y un 49% no logró precisarlos, el 54% de las opiniones del Grupo Médico/Enfermera refieren que el Cuidado al Recién Nacido son de Tipo General, el 24% Medidas Preventivas y el 22% Antibiotico-terapia.

Las Complicaciones que más se presentan en el Recién Nacido según opinión del mismo grupo son en un 38% la Asfixia Neonatal, y un 35% Broncoaspiración Meconial.

En relación a las Orientaciones que se le brinda a la Madre para el Cuidado del Recién Nacido también opinaron en un 40% que se les brinda orientaciones sobre Medidas Generales, en un 37% sobre Lactancia Materna y un 22% sobre Vacuna. El Grupo de Apoyo refiere que el 66% enfatizan sobre Medidas Higiénicas generales e importancia del CCD y un 29% no precisó ningún tema.

SUGERENCIAS GENERALES.

En cuanto a las Sugerencias se enumeran las tres principales que opinaron mayormente los grupos:

Las Principales Sugerencias señaladas por el Grupo de Médico/Enfermera son:

1. Provisionamiento de material y equipo.
2. Mejoramiento de las orientaciones a la madre y de las medidas preventivas en el hospital.
3. Mejoramiento de la Infraestructura.

En cambio, por el Grupo de Apoyo se señalan las siguientes:

1. Mejorar calidad de atención, proveer de mayor número de recursos humanos, brindar apoyo emocional.

2. Abastecer de medicamentos, recursos materiales y equipo.
3. Mejorar Infraestructura hospitalaria y alimentación de la madre y el niño.

Ambos grupos coinciden en la mayoría de las sugerencias expuestas.

CONCLUSIONES.

- 1.- El Personal de Salud del Hospital se caracteriza por un predominio del sexo femenino, siendo más marcado en el Personal de Apoyo, particularizándose este último por su mayor proporción de solteros pero con mayor número de hijos, así como de un menor nivel académico con una tercera parte con nivel de educación primaria que condiciona la calidad de la atención.
- 2.- La Insuficiencia de Personal y falta de involucramiento en procesos de Educación Continua, es mayormente percibido en el Personal de Apoyo en cambio, el poco tiempo de laborar en el Hospital, la falta de Sistemática en los Adiestramientos, el Poco Impacto de la Supervisión, y la falta de Participación en la Elaboración de Planes de Trabajo y en la Evaluación de los mismos son señalados como principales problemas en ambos grupos lo que expresa insuficiencias en los aspectos técnico-administrativos.
- 3.- En la mayoría del personal objeto de estudio se identifica la falta de precisión en el nivel de conocimientos acerca de los factores de riesgo de la madre y el niño.
- 4.- Hay un predominio en la Percepción del Ingreso como un procedimiento Rutinario, valorándose como deficiente en la mitad de los casos.
- 5.- Hay falta de precisión acerca de los Problemas en la Atención del Parto y del puerperio inmediato en el Hospital por parte del Personal de Apoyo siendo en menor proporción en el Grupo Médico Enfermera.
- 7.- El 49% del Personal de Apoyo no precisa los Principales Problemas en la Atención del Recién Nacido, desconociendo en un 29% los temas de Orientación que se le brinda a la Madre.
- 8.- Los Aspectos de Apoyo Emocional a la Madre es particularmente percibido por el Personal de Apoyo como medida necesaria a implementar en los Servicios del Hospital.

9.- La Falta de dominio de los Factores de Riesgo limita la Implementación de Medidas Oportunas que eleven la calidad en el Proceso de Atención a la Madre y el Recién Nacido.

10- Las condiciones del Ambiente laboral y de los componentes del Proceso de Atención, condicionan el Nivel de Percepción de los trabajadores acerca de los Riesgos de la madre y el niño.

RECOMENDACIONES

1. Reorganizar los Recursos Humanos según experiencias y especialidad en cada uno de los Servicios y Redistribuirlos equitativamente en los diferentes turnos.
2. Organizar y poner en marcha Programas de Educación Permanente orientados hacia el tipo de servicio que se presta, siendo extensivo al total de los Trabajadores.
3. Crear mecanismos de comunicación que permitan accesibilidad a Normas y Funciones.
4. Fomentar la Participación del Trabajador en la elaboración y evaluación de Planes de Trabajo con contenidos y objetivos definidos.
5. Hacer Análisis periódicos acerca del Impacto de los mecanismos de Supervisión que se implementan.
6. Elaborar un Plan de Estímulo y Motivación Socio-Laboral que permita elevar los índices de retención del personal.
7. Establecer mecanismos que promuevan el Apoyo y Solidaridad para mejorar las Condiciones Ambientales y Estructurales del Centro Hospitalario.

BIBLIOGRAFIA

1. Arndt, Clara; Daderian Huckabay, Loucine M.
Administración de Enfermería. Teoría para la
Práctica con un Enfoque de Sistema. 2a. ed.
Colombia, Carvajal, 1980 375 p.
2. Archer, Sharah; E y Fleshman Ruth. Enfermería de Salud
Comunitaria. 2a. ed.
3. Castellanos, Pedro Luis. Introducción a la Epidemiología
como abordaje del proceso salud enfermedad en
Poblaciones Humanas. Reproducción para uso docen
te. CIES. 1988. Documento mecanografiado.
4. Donabedian, Avedis. La Calidad de la Atención Médica:
definición y métodos de evaluación. México, La
Prensa Médica Mexicana, 1984. 194 p.
5. González Menéndez, Ricardo. Psicología para médicos
generales. 2a. ed. La Habana, Cuba, Editorial
Científica Técnica. 1984. 186. p.
6. Jenicek, Milos; Clérout, Robert. Epidemiología: princi
pios, técnicas, aplicaciones. Barcelona, SALVAT,
1987. 393 p.
7. Klez Koswki, Bogdan M; Roemer, Milton I. ; Van Der
Werff, Albert. sistema nacional de salud y reo
rientación a la salud para todos: pautas para una
política. Washington, OPS. 1984. Documento meca
nografiado.
8. Nicaragua, Ministerio de Salud. Normas de Atención en
el Embarazo, Parto y Puerperio Normal y de Bajo
Riesgo. 1988. Managua. 185. p.
9. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Guía sobre Educa
ción Comunitaria en Salud Perinatal. Washington.
1988. Serie PALTEX.

10. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual sobre Enfoque de Riesgo Materno Infantil. Washington. 1986. 265 p. Serie PALTEX, No. 7.
11. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Análisis de las Organizaciones de la Salud Washington. 1987. 253. p. Serie PALTEX, No. 4
12. Piura, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Reproducción para uso docente. CIES. 1991. Documento mecanografiado.
13. Pineault, Raynald y Daveluy, Carole. La Planificación Sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. 2a. ed. Barcelona, España, Masson, 1989. 382 p.
14. Predvechni, G.P. et al. Psicología social. México, Editorial Cartago. 1983. 315 p.
15. Reeder, J. Sharon, Mastroianni, Jr; Martin, Leonide L. Enfermería Materno Infantil. Décimo 5ta. ed. México, 1988. 1157 p.

Tabla No. 1

TIPIFICACION DE LA MUESTRA

Variables	Medico/Enferm	Pers. Apoyo
Edad (Rango en años)	23 a 29	18 a 23
Sexo	100.0	100.0
- Masculino	41.5	21.0
- Femenino	58.5	79.0
Estado Civil		
- Soltero		52.9
- Casado	43.9	
Grado de Escolaridad		
- Universitario	87.8	12.6
- Secundaria Completa		24.0
- Secundaria Incompleta		33.6
- Primaria		29.8
Numero de Hijos		
- Más de dos	26.8	49.5

Tabla No. 2
ASPECTOS TECNICO ADMINISTRATIVOS

Variables	Medico/Enferm	Pers. Apoyo
Adecuacion cuantitativa de lo recursos a las necesidades de los servicios:		
- Personal Suficiente	37 %	25 %
- Personal Insuficiente ¹	6 %	7 %
Tiempo de laborar en el servicio	1 año promed.	1 año promed.
Adiestramiento:		
- Recibido	61 %	61 %
Tiempo de Ultimo adiestramiento	1 año	1 año
Existencia de Normas y funciones en el servicio:	+70 %	+70 %
Grado de Disponibilidad de las normas y funciones (Disponibles)	+50 %	+50 %
Plan de Trabajo en el Servicio:		
- Existencia	+60 %	N/A
- Participación en elaborac.	38 %	
- No logran precisar	40 %	
- No participaron	21 %	
Supervisión en el servicio		
- Existencia	83.%	92 %
- Diariamente	50.%	

Continuación tabla No. 2.

Evaluación:		
- Existencia	+50 %	N/A
- Participación	-50 %	N/A
- Falta de Periodicidad	22 %	
Educación Continúa:		
- Participación ²	66 %	- 50 %
- Considerada Importante		59 %
- Temas recibidos		- 50 %

n/a : "No aplicable"

TABLA No. 3

MOTIVACION SOCIO-LABORAL

Variables	Medico/Enferm	Pers. Apoyo
Conformidad con el salario devengado	- 10.0 %	- 40.0 %
Políticas de Estimulo:		
- Existencia	- 50.0 %	- 50.0 %
- Satisfacción con la existente	- 50.0 %	- 50.0 %
Turnos:		
- Adecuación		85.0 %
- Tiempo promedio en el turno		1 año
- Distribución de turnos:	n/a	
+ Diurno		41.5 %
+ Rotativo		38.5 %
+ Nocturno		10.0 %
Valoracion de las relaciones interpersonales:		
- Buenas	+ 50.0 %	

n/a = "No aplicable"

Tabla No. 4

Conocimiento General acerca de los factores de riesgo durante la atención perinatal

I.-FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO:	
1.- Grupo Médico-Enfermera	Incriminación de Factores Externos
a-Condiciones Socio-económicas	
b-Falta de Control Prenatal	
c-Preclampsia	
2.- Grupo Personal de Apoyo	
a-Hemorragia	
b-Fiebre	18.5 %
c-Presión Arterial	
a-Anemia	
b-Preclampsia	11.2 %
c-Hipertensión	
d-Falta de Control Prenatal	
No saben	70.3 %
II.- MEDIDAS PARA DISMINUIR CAUSA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	
1.- Grupo Médico-Enfermera	
a-Control Sistemático	37.0 %
b-Educación Preventiva	
c-Medidas Educativas	29.0 %
2.- Grupo Personal de Apoyo	n/a
III.-ENFERMEDADES QUE PONEN EN RIESGO A LA MADRE Y EL NIÑO.	
1.- Grupo Médico-Enfermera	100.0 %
a-Enfermedades Infectocontagiosas	
2.- Grupo Personal de Apoyo	
a-Sífilis	42.0 %
b-Preclampsia, Diabetes	30.0 %
c-Sarampión y Sida	28.0 %

Continuación Tabla No. 4.

IV.- COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO		
1.- Grupo Médico-Enfermera		
a-Hemorragia	47.0 %	
b-Laceración o Desgarro Uterino	28.0 %	
c-Eclampsia	26.0 %	
V.- MEDIDAS PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO:		
1.- Grupo Médico-Enfermera		
a-Control Prenatal	50.0 %	
b-Mejorar Calidad de la Atención	24.0 %	
c-Atención Inmediata	14.0 %	
2.- Grupo Personal de Apoyo	n/o	
VI.- RIESGO DE ENFERMAR EN EL NEONATO		
1.- Grupo Médico-Enfermera		
Asfixia Neonatal	50.0 %	
Mala atención y aspiracion meconial	50.0 %	
2.- Grupo Personal de Apoyo	n/o	
Atención inmediata y toma de signos vitales.	70 %	
No logra precisar medidas	28 %	
No contestaron	20 %	
VII.- MEDIDAS PARA EVITAR ENFERMAR EN EL NEONATO		
1.- Grupo Médico - Enfermera		
a-Mejorar Control Prenatal	31.0 %	
b-Mejorar la Atención durante el parto	48.0 %	
c-Educación Continua	21.0 %	
2.- Grupo Personal de Apoyo	n/o	

Continuación Tabla No. 4

VIII.- RIESGOS DE ENFERMAR EN LA MADRE PUERPERIO INMEDIATO	
1.- Grupo Médico-Enfermera	
a-Hemorragia	45.0 %
b-Infección Puerperal	38.2 %
c-Retención Placentaria	17.0 %
2.- Grupo Personal de Apoyo	n/o
IX.- MEDIDAS CONTRA LOS RIESGOS DE ENFERMAR EN LA MADRE	
1.- Grupo Médico-Enfermera	
a-Medidas higiénicas en sala de instrumentos	38.0 %
b-Terapia Adecuada	33.0 %
c-Revisión involución uterina	29.0 %
2.- Grupo Personal de Apoyo	n/o
X.- PRINCIPALES CAUSAS DE RIESGO DE MUERTE EN NEONATO	
1.- Grupo Médico-Enfermera	
a- Asfixia neonatal	50 %
b- Mala atención del parto y aspiración meconial	50 %
2.- Grupo Personal de Apoyo	
a-Mala Atención, meningitis, diarrea, bronconeumonía, condiciones higiénico sanitarias, desnutrición e infección post-parto.	18.7 %
b-No control prenatal, mala atención, médica, problemas cardiovasculares e infecciones.	12.5 %
c- No precisan	+60.0 %

Tabla No. 5

Factores de riesgo en el proceso de atención perinatal

Variables	Medico/Enferm	Pers. Apoyo
I.- DURANTE EL INGRESO:		
- Buena Atención	+ 50.0 %	49.0 %
- Sin Problemas	22.0 %	22.0 %
- Falta de Recursos Econo- micos, Humanos y actitu- des negativas del perso- nal	15.0 %	15.0 %
- No logra precisar	62.7 %	62.7 %
- Tiempo promedio de espe- ra para la atención	30/45 Min.	30/60 Min.

Continuación tabla No. 5

II.-DURANTE EL PARTO:

- Buena atención	54.0 %	41.0 %
- Regular atención	37.0 %	24.0 %
- Complicaciones:		
* Sangrado Activo	39.0 %	
* Hipertensión	29.0 %	N/A
* No logra precisar	32.0 %	
- Medidas que el personal pone en práctica en com- plicaciones:		
Atención Inmediata y toma de signos Vitales.	70 %	
No lograron precisar medidas.	30 %	N/A
Personal que realiza la Atención:		
Médicos Generales.	48 %	
Enfermeras	27 %	N/A
Residentes	25 %	

Continuación Tabla No. 5

Medidas que se ponen en práctica para la resolución de Problemas.		
Ahorro de materiales.	17 %	
No logran precisar medidas.	77 %	N/A
Medidas Preventivas:		
Educación de L.M. Alimentación, P.F y cuidados del Recién Nacido.	38.3 %	
CCD, Higiene de pezones, L.M Alimentación a la madre.		30 %
Higiene y Vacuna No logra precisar.		20 % 50 %
7. Medios para desarrollar los contenidos educativos		
Charlas	45.2 %	
Películas	35.7 %	N/A
Folletos.	19.0 %	

Continuación Tabla No. 5

<p>III. DURANTE EL PUERPERIO</p> <p>Calidad de la Atención durante el Puerperio.</p> <p>Buena</p> <p>Regular</p> <p>No logra precisar.</p>	<p>50 %</p> <p>32 %</p> <p>16 %</p>	<p>N/A</p>
<p>Principales problemas observados en el Puerp.</p> <p>Falta de ropa de cama y otros materiales.</p> <p>Hemorragias y Restos Placentarios.</p> <p>No logran precisar.</p> <p>Falta de material y medicina</p>	<p>37 %</p> <p>31 %</p> <p>32 %</p>	<p>83 %</p> <p>17 %</p>

TABLA No 6
FACTORES DE RIESGO EN EL RECIEN NACIDO.

Variables	Med/Enf	Pers/Apoyo
Cuidado al Recién Nac.		
* De tipo General	54.0 %	n/a
* Medidas Preventivas	24.0 %	n/a
* Antibiotico-terapia	22.0 %	n/a
* Falta Recursos materia- les, equipos y medicinas		19.0 %
* No menciona ningún prob.		31.7 %
* No logra precisar.		49.0 %
- Complicaciones del R.N.		
* Asfixia Neonatal	38.0 %	n/a
*Broncoaspiración Meconial	35.0 %	n/a
- Orientaciones a la Madre		
* Medidas Generales	40.0 %	
* Lactancia	37.0 %	
* Vacuna	22.0 %	
* Medidas Higiénicas		66.0 %
* Ningún tema		29.0 %

/a = "No aplicable"